

При определении ТФР- β_1 был обнаружен статистически значимо более высокий уровень ($p < 0,05$) в подгруппе детей с сочетанной аллергической патологией (БА с сопутствующим АР) по сравнению с детьми больными БА без сопутствующего АР (табл. 1).

Таблица 1 – Уровень ТФР- β_1 в подгруппах детей с БА с сопутствующим АР и без него ($n=33$)

ТФР- β_1 , нг/мл		Без АР ($n=16$)	С АР ($n=17$)	p
При поступлении	M \pm SD	25,70 \pm 14,28	42,14 \pm 24,64	0,015
	Me	23,83	29,22	
	[25%;75%]	19,86;27,90	24,20;65,68	

Примечание: p – критерий Манна-Уитни

Выводы.

1. Сочетанная аллергическая патология (БА и АР) сопровождается более значительной активацией ТФР- β_1 у пациентов детского возраста.

2. Повышенная концентрация ТФР- β_1 у детей с БА является прогностически неблагоприятным фактором течения заболевания и может служить маркером утяжеления течения БА и развития ремоделирования дыхательных путей.

Литература:

1. Global strategy for asthma management and prevention [updated 2019] / L.-P. Boulet [et al.] // Global Initiative for Asthma, 2019. – 199 p.

2. Семерник, О. Е. Значение трансформирующего фактора роста β в патогенезе бронхиальной астмы у детей / О. Е. Семерник, А. А. Лебедевич, Е. Б. Тюрина // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии, 2018. – Т. 63, № 4. – С. 253-254.

УДК 618.39

ЗНАЧИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИСТИМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Мицкевич Е.А., Дивакова Т.С., Ржеусская Л.Д.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) создает условия для инфицирования и разрыва плодных оболочек, что приводит к самопроизвольному прерыванию беременности. С-реактивный белок (СРБ) – белок острой фазы, чувствительный индикатор повреждения тканей при воспалении, некрозе, травме. Определение СРБ у пациентов с ИЦН во время беременности может повысить качество оказания помощи пациентам, снизить перинатальную заболеваемость и смертность [1].

Цель исследования – оценить значимость определения С-реактивного белка для прогнозирования исходов беременности у пациентов с ИЦН.

Материал и методы. В исследование были включены 74 беременные женщины с ИЦН в сроке 14-34 недель гестации, получивших медицинскую помощь в гинекологическом отделении УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр», отделении патологии беременности УЗ «Витебская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» в 2016-2020 гг. В I основную группу (36 пациентов) были включены пациенты, беременность которых закончилась рождением живого ребенка. Во II контрольную группу (38 пациентов) – пациенты, у которых беременность закончилась самопроизвольным выкидышем. Показания к определению С-реактивного белка у беременных с ИЦН: хориоамнионит, системные признаки инфекции, контроль эффективности антибактериальной терапии.

Критерии включения в исследование: согласие пациента; одноплодная беременность; ИЦН в сроке 14-34 недель гестации. Критерии исключения из исследования: отказ пациента от дальнейшего участия в исследовании; многоплодие; беременность, наступившая в результате вспомогательных репродуктивных технологий.

Исходы беременности и родов оценены проспективно и ретроспективно на основе клинико-лабораторных, инструментальных методов и программы BioStat 5.8.3.0 (2009 год).

Результаты и обсуждение. Основные результаты исследования представлены в таблице 1.
Таблица 1 – Результаты обследования пациентов с ИЦН

показатель	I группа (n=36)	II группа (n=38)	p
Возраст, лет (Me, min, max)	27,5 (26; 38)	28,6 (23; 34)	0,346
Первобеременные, n (%)	29 (80,6)	19 (50,0)	0,006*
≥ 3 родов, n (%)	5 (13,9)	4 (10,5)	0,659
Привычное невынашивание, n (%)	7 (19,4)	15 (39,6)	0,060
ИЦН в анамнезе, n (%)	7 (19,4)	16 (42,1)	0,036*
Дебют ИЦН, (Me, min, max)	24 (18;32)	18 (16; 26)	0,094
Не получали терапию ИЦН, n (%)	3 (8,3)	5 (13,2)	0,505
Терапия ИЦН гестагенами, n (%)	33 (91,7)	26 (68,4)	0,013*
Коррекция ИЦН разгружающим pessarium, n (%)	18 (50,0)	6 (15,8)	0,002*
Коррекция ИЦН серкляжем, n (%)	15 (41,7)	27 (71,1)	0,011*
- профилактический серкляж, n (%)	1 (2,8)	2 (5,3)	
- плановый серкляж, n (%)	11 (30,6)	22 (57,9)	
- экстренный серкляж, n (%)	3 (8,3)	3 (7,9)	
Кольпит, n (%)	22 (61,1)	18 (47,4)	0,236
Хорионамнионит, n (%)	5 (13,9)	13 (34,2)	0,042*
Значение С-реактивного белка > 5 мг/л, n (%)	10 (27,8)	8 (21,1)	0,501
Значение С-реактивного белка > 10 мг/л, n (%)	3 (8,3)	10 (26,3)	0,043*
Воспалительный тип мазка, n (%)	33 (91,7)	35 (92,1)	0,945
Посев из влагалища на флору			
- Candida saprophyticus, n (%)	4 (11,1)	6 (15,8)	
- Staphylococcus epidermidis, n (%)	10 (27,8)	12 (31,6)	
- Staphylococcus aureus, n (%)	1 (2,8)	4 (10,5)	
- Klebsiella pneumoniae, n (%)	2 (5,6)	1 (2,6)	
- Escherichia coli, n (%)	8 (22,2)	8 (21,1)	

- аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы не выявлены, n (%)	11 (20,6)	7 (18,4)	0,224
Получали терапию антибиотиками, n (%)	32 (88,9)	36 (94,7)	0,357

* $p \leq 0,005$

Пациенты, беременность которых на фоне ИЦН закончилась самопроизвольным выкидышем, имели отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, достоверно чаще были повторнобеременными ($p=0,006$), получали гестагены ($p=0,013$), коррекция ИЦН выполнялась преимущественно с помощью серкляжа ($p=0,011$). Активная тактика в отношении этих пациентов связана с относительно ранним дебютом ИЦН. Для неблагоприятного исхода беременности значимым было развитие хориоамнионита с уровнем С-реактивного белка > 10 мг/л.

В основной группе беременность завершилась родами до 28 недель гестации у 4 (11,1%) пациентов, в 34 и более недель гестации – у 10 (27,8%) пациентов. Инфекционно-воспалительные заболевания в неонатальном периоде отмечены в 28 (77,7%) случаях, в том числе врожденная пневмония – у 19 (52,8%) пациентов. У 29 (80,6%) детей, рожденных матерями с ИЦН, были показания к выхаживанию на втором этапе.

Выводы.

1. Предикторами самопроизвольного прерывания беременности у пациентов с ИЦН являются привычное невынашивание с ИЦН в анамнезе.

2. Для прогнозирования неблагоприятного исхода беременности у пациентов с ИЦН наиболее значимым является уровень С-реактивного белка > 10 мг/л на фоне хориоамнионита.

Литература:

1. Chen, R. Pregnancy outcomes and factors affecting the clinical effects of cervical cerclage when used for different indications: A retrospective study of 326 cases / R. Chen, X. Huang, B. Li. // Taiwan J Obstet Gynecol. – 2020 Jan. – Vol. 59, N 1. – P. 28-33. doi: 10.1016/j.tjog.2019.11.004

УДК 616.24-053.3

ЗАВИСИМОСТЬ УРОВНЯ МАТРИЧНОЙ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ-9 ИЗ СЫВОРОТКИ ПУПОВИННОЙ КРОВИ НА РЕАЛИЗАЦИЮ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Никифорова А.Д.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. На сегодняшний день причиной заболеваемости в периоде новорожденности остаются заболевания дыхательной системы. Около 2% доношенных и 10% недоношенных детей переносят пневмонию и респираторный дистресс-синдром [1, 2, 3].

В последние годы исследования направлены на раскрытие механизмов ММП в развитии воспалительного повреждения легочной ткани у новорожденных детей [4, 6].

ММП-9 синтезируется клетками воспаления [6] и играет роль при остром респираторном дистресс-синдроме, неонатальной пневмонии, муковисцидозе, эмфиземе, легочном фиброзе, бронхиальной астме и туберкулезе легких [4, 5].

Цель. Определение уровня ММП-9 в сыворотке пуповинной крови новорожденных для ранней верификации патологии дыхательной системы.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось в период с 2019 по 2020 год в УЗ «ВОКРД», «ВКРД №2», «Витебский клинический родильный дом ВКРД №3», и УЗ «ВОДКЦ».

Под наблюдением находились 15 детей с врожденной пневмонией и 10 – с респираторным дистресс-синдромом, группу контроля – 20 «условно здоровых» новорожденных без признаков патологии дыхательной системы. Гестационный возраст: 36-40 недель, масса тела от 2530 до 3850